

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

51

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

TRAITEMENT

DE

L'ÉLÉPHANTIASIS DES MEMBRES

par application définitive de tubes

de caoutchouc

dans le tissu cellulaire sous-cutané

PAR

GEORGES FRANÇOIS-JULIEN

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1919

51

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

TRAITEMENT

DE

L'ÉLÉPHANTIASIS DES MEMBRES

par application définitive de tubes
de caoutchouc
dans le tissu cellulaire sous-cutané



PAR

GEORGES FRANÇOIS-JULIEN

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Médecine opératoire.....	N.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	N.
Bactériologie.....	BEZANCON
Pathologie interne.....	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.....	GOSSET
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
México-Chirurgicale.....	CUNEO
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	WIDAL
Clinique médicale.....	GILBERT
	CHAUFFARD
	ACHARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	DUPRE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale.....	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.....	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchement.....	COUVELAIRE
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABRE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	REITTERER	ZIMMERN
GUENOT	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

En témoignage de notre vive reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

D'ALGER ET DE PARIS

Stage et Externat

ALGER :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRAULT

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR VINCENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CURTILLET

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAIRE

PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR LE GENDRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

MESSIEURS LES DOCTEURS

CAUSSADE, FAISANS, HUDELO, BROUARDEL

INTRODUCTION

Dès la plus haute antiquité des interventions chirurgicales ont été préconisées pour traiter les Éléphantiasis. Les médecins Arabes qui ont baptisé de ce nom si expressif l'intumescence considérable, avec déformation notable de certaines parties du corps et en particulier des membres inférieurs, savaient qu'ils se trouvaient en présence d'une infirmité contre laquelle la Médecine ne pouvait rien.

Déjà Rhazès pratiquait des mouchetures au niveau des parties atteintes. Beaucoup plus tard, quand les connaissances anatomiques permirent de faire une chirurgie un peu scientifique, de vraies opérations furent préconisées. « Mais pour la plupart atypiques elles ne semblent pas avoir été soumises à des règles bien fixes, l'ingéniosité de l'opérateur suppléant souvent au défaut de technique ». C'est dire en même temps combien les résultats furent incertains et contradictoires.

Il n'est pas dans notre intention de faire ici une étude un peu complète des opérations préconisées. Il nous paraît cependant utile, avant d'aborder l'étude du procédé qui fait l'objet de ce travail, de passer une revue rapide des principales opérations em-

ployées jusqu'ici en indiquant brièvement les espoirs qu'elles ont donnés à leurs auteurs. Nous exposerons ensuite l'opération de Handley et les expériences du professeur Delbet sur les greffes de caoutchouc.

De ces deux méthodes M. le D^r Walther a tiré l'originalité de son procédé. Nous en montrerons la technique et les résultats.

Enfin, quatorze observations étayeront notre thèse. Nous avons eu la bonne fortune de voir opérer par M. le docteur Walther lui-même, cinq malades. Nous les avons suivis pendant tout leur séjour à l'hôpital. Nous rapportons aussi fidèlement que possible les incidents survenus en cours de traitement.

HISTORIQUE

La ligature de l'artère principale du membre a été une des premières opérations proposées. Elle fut surtout pratiquée par les chirurgiens américains. En 1851, Carnochan, de New-York, l'entreprit pour diminuer, comme il le pensait, l'apport du sang et restreindre, par conséquent, la rétention en amont de l'obstacle à la circulation en retour. Il annonça quatre succès sur quatre. Mais ces beaux résultats n'ont pas été obtenus par les autres chirurgiens (statistiques de G. Fisher en 1869, de Rotter en 1874, de Leisrinck en 1876 (1). Pour certains même il en serait résulté des accidents de gangrène fort graves, et Gosselin après avoir employé la méthode la rejeta tout à fait.

Les accidents de gangrène observés avec la ligature amenèrent les chirurgiens à employer la compression digitale continue ou discontinue. Le mieux qu'on puisse dire de cette méthode, c'est que du moins elle n'expose pas aux graves complications de la ligature. Elle eut cependant une grande vogue vers 1861

(1) *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, t. I, p. 538.

(Vanzetti de Padoue, Gosselin). Mais elle fut bientôt abandonnée, elle aussi, à causê de la médiocrité de ses résultats.

Les mouchetures furent reprises un peu plus tard par Larrey qui admettait les bons effets de cette pratique. Elle n'est cependant pas exempte d'inconvénients. Elle est même parfois dangereuse à cause des infections secondaires qui s'y greffent la plupart du temps. Cependant le Professeur Le Dentu affirme avoir obtenu de bons résultats de scarifications faites à plusieurs reprises. « Les malades n'ont pas guéri, mais les masses éléphantiasiques auraient notablement diminué, et l'extirpation aurait été facilitée par ce traitement ». (Duplay et Reclus, *Traité de Chirurgie*, page 337).

A peu près en même temps régna l'amputation. C'est un moyen évidemment radical, mais qui constitue en même temps un aveu de défaite du chirurgien. On ne doit y recourir, semble-t-il, que quand un autre procédé ne peut pas être mis en œuvre. Du reste, il n'est pas bien certain qu'elle arrête le processus, et on a vu l'éléphantiasis continuer à évoluer au-dessus de l'amputation.

Le premier Tribondeau pratiqua l'extirpation du ganglion épitrochléen dans un cas d'éléphantiasis de l'avant-bras, sans grand résultat. Il n'en eut pas de meilleur en essayant de provoquer l'atrophie des ganglions inguinaux dans l'éléphantiasis des membres en injectant dans leur trame quelques centimètres cubes de teinture d'iode.

Le Dantec, dans un cas rapporté dans les thèses de Bonjean et Blandin (1), a fait pratiquer par Demons, en 1907, l'extirpation des ganglions de l'aîne dans un éléphantiasis de tout le membre. Une amélioration légère s'en serait, paraît-il, suivie, mais l'opéré étant mort accidentellement un an après, il est difficile de conclure.

Lemoine (2) fit, à plusieurs reprises, à Tahiti, l'ablation des tissus éléphantiasiques quand ils sont circonscrits en les arasant au niveau de l'aponévrose d'enveloppe et en recouvrant les surfaces cruentées avec des lambeaux convenablement disposés. D'après Dubruel ces exérèses partielles donneraient de bons résultats immédiats mais qui ne se maintiendraient pas. Huit ans après il n'a vu qu'un seul des opérés de Lemoine encore en bonne santé (1).

On a encore conseillé comme traitement palliatif l'excision d'une partie de la tumeur sous forme de lamnières comprenant toute la hauteur du membre et larges de quelques centimètres. Après suture on obtiendrait une réduction assez sensible du membre.

(1) BLANDIN — Thèse de Bordeaux — 1908.

(2) LEMOINE — Annales d'Hygiène Coloniale 1902 p. 391.

(1) GRALL et CLARAC — Traité de Pathologie exotique — T. V

(1) W. SIMPSON HANDLEY — The Lancet — 14 Mars 1908 page 783.
" " " " " " " " Janvier 1909 page 81.

su cellulaire sous-cutané de longs et gros fils de soie tressés depuis les pieds jusque dans le muscle iliaque et jusque dans la fesse. Ces fils par leur action capillaire sont destinés, disait-il, à remplacer les troncs lymphatiques, et à drainer l'excès de sérosité de la région œdématisée vers une région où la circulation lymphatique est normale pour que l'excès de liquide soit absorbé et ramené à la circulation générale. Le succès fut d'abord éclatant. Le lendemain même la jambe diminuait considérablement ; la peau devint flasque et pendante. Malheureusement les fils s'infectèrent, il fallut les retirer et l'œdème se reproduisit. Handley supposa qu'il s'agissait d'une infection endogène, et, de fait, il put isoler des microcoques dans le sang pris au bras et dans la lymphe de la jambe. Avant de recommencer une tentative opératoire il essaya de faire disparaître l'infection par un vaccin. Plus tard, s'étant assuré de la stérilité de la lymphe, il réintervint. Mais au huitième jour la fièvre reparut. On dut combattre énergiquement ces accidents infectieux. Tout rentra dans l'ordre. Handley publia son cas comme un succès et il écrivait qu'un mois après l'opération son malade avait pu se lever et marcher. Cependant, depuis 1909, époque à laquelle Handley publia cette observation c'est en vain que l'on cherche dans les archives médicales anglaises un nouveau succès et il est permis de se demander si l'amélioration s'est continuée.

Dans un tout autre ordre d'idées, le Professeur Del-

bet (1) montrait, dès 1914, que « les tissus humains
« ne présentent aucune réaction appréciable au con-
« tact du caoutchouc. Tuffier et Carrel ont constaté
« que le sang circulant ne se coagule pas au contact
« d'une feuille de caoutchouc..... D'autre part, une
« expérience plus rare prouve que le caoutchouc
« peut rester fort longtemps intact dans les tissus.
« J'ai trouvé, en 1886, dans un kyste du maxillaire
« un drain de caoutchouc qui avait été oublié par
« Chassaignac plus de vingt ans auparavant. Il était
« intact... »

Un peu plus tard, en 1917, le Professeur Delbet (2),
a encore décrit, sous le nom de « Endoprothèse en
caoutchouc durci » une opération pratiquée par lui
et ayant pour but de remplacer la partie supérieure
de l'humérus, déficiente par une pièce de caoutchouc
durci.

(1) DELBET — Bull. et Mém. de l'Académie de Médecine — 10 Mars
1914. page 380.

(2) DELBET et GIRODE — Bull. et Mém. de l'Académie de Médecine —
25 Septembre 17. page 328.

DE L'OPÉRATION DE WALTHER

TECHNIQUE CHIRURGICALE ET RÉSULTATS

C'est en s'inspirant des travaux précédents si fertiles en résultats que M. le docteur Walther imagina le procédé opératoire qui fait l'objet de notre travail.

Comme Handley, M. Walther pensait que la barrière opposée par les ganglions à la circulation de la lymphe peut être facilement franchie par des ponts convenablement jetés au-dessus d'elle.

Mais (et c'est en quoi l'opération diffère de celle préconisée par Handley), notre maître imagina d'établir une voie de dérivation collatérale à la circulation lymphatique en se servant non plus de gros fils de soie tressés mais de tubes de caoutchouc si bien tolérés par les tissus (Delbet). Dans le procédé de Walther (1) :

(1) WALTHER — Bulletin de la Société de Chirurgie 1916 — page 1691 et 1996.

» Bulletin et Mém. de l'Académie de Médecine — 5 Mars 1918. page 195.

On fait une incision à la face antéro-interne de la cuisse, au niveau du sommet du triangle de Scarpa. On y introduit un trocart de Chassaignac qu'on peut faire remonter facilement dans le tissu cellulaire sous-cutané aussi loin qu'on veut, au-delà du pli inguinal en faisant passer le trocart au-devant de l'arcade crurale jusque dans le tissu cellulaire de la partie inférieure de l'abdomen. Il faut faire franchir largement au bout supérieur du tube la limite de la zone d'arrêt. On fait une deuxième incision sur la pointe du trocart ; on y introduit le tube de caoutchouc qu'on veut mettre en place et qui ne doit pas être à ce moment perforé. On emploie généralement un drain n^o 10 ou 12 de 30 cm. de long. On a soin de faire pénétrer le trocart le plus profondément possible dans la seconde couche du fascia superficialis, contre l'aponévrose. De plus, pour mieux assurer la circulation lymphatique superficielle et profonde, on fait une petite boutonnière à l'aponévrose du muscle vaste interne à la partie inférieure, du muscle grand oblique à la partie supérieure. On y engage l'extrémité correspondante du tube et on le fixe au bord de la brèche aponévrotique par un point de fil non résorbable (fil de lin ou crin de Florence). A 1 cm. environ au-dessus de la brèche aponévrotique on fait au drain un œil latéral pour assurer l'évacuation du réseau lymphatique superficiel. L'opération est dès lors terminée. Il n'y a plus qu'à fermer les incisions superficielles.

Le premier malade opéré de cette façon et dont

nous rapportons plus loin l'observation avait déjà subi deux interventions pour son éléphantiasis. La première en 1903, pratiquée par M. Rieffel, avait eu pour but de libérer les ganglions. La deuxième, en 1914, pratiquée par M. le professeur Legueu, s'était proposée d'établir une communication entre les lymphatiques profonds et les lymphatiques superficiels par de longues incisions à l'aponévrose du fascia lata sur la face externe de la cuisse. Aucune de ces opérations n'avait amené d'amélioration. En 1916, le malade gêné par une impotence fonctionnelle de plus en plus considérable se laisse opérer à nouveau.

Le résultat fut tel que M. le Dr Walther dit lui-même n'avoir jamais osé l'espérer. En quelques jours la jambe dégonfla comme un ballon de baudruche ; en quelques semaines elle était littéralement transformée, et cette amélioration au bout de plusieurs mois était telle qu'il était possible d'envisager une guérison définitive. M. le Dr Walther a pu suivre ce malade pendant plusieurs années. Nous-même l'avons vu et mesuré, il y a moins de deux mois, et nous pouvons affirmer que le résultat ne s'est pas un seul instant démenti. Cependant cet homme fait un travail extrêmement pénible de jour et quelquefois de nuit. Il a été présenté à plusieurs reprises aux séances de la Société de Chirurgie.

Un point sur lequel nous voulons insister, c'est l'influence favorable du massage, et de la compression continue mais très douce, sous forme d'une

bande Velpeau roulée de la pointe du pied vers la racine du membre. L'électrisation de la peau avec des courants continus hâte également la guérison.

En effet, après que très rapidement dans les jours qui suivent l'opération s'est produite une amélioration considérable, il reste de véritables sacs de peau flasque qui se plisse et qui garde encore un épaissement dû à des altérations chroniques anciennes. C'est à ce moment qu'il faut intervenir par les petits moyens précités pour activer l'amélioration, rendre aux tissus leur souplesse, effacer les rides qui sillonnent la peau. Ce n'est guère qu'au bout d'un an de ce traitement régulièrement suivi qu'elle reprend ses caractères normaux.

Un seul inconvénient sérieux a été observé au cours des nombreuses opérations entreprises. Ce sont les éliminations de tubes. M. le Dr Walther explique cet accident de la façon suivante :

1° Dans un certain nombre de cas (observation n° 2 par exemple) on a affaire à des éléphantiasis infectés. Plus ou moins longtemps après l'opération, et toujours au niveau de l'incision supérieure une petite poche lymphatique d'infection subaiguë se forme. Au bout d'un certain temps elle s'ouvre et se fistulise. Malgré toutes les tentatives de désinfection, d'avivement, de réunion la fistule se reproduit. Le mieux est d'enlever le tube.

2° Dans d'autres cas on a affaire à des éléphantiasis cliniquement non infectés. Sous l'influence de mouvements violents il se forme une petite poche, tou-

jours au niveau de l'incision supérieure. Quand il s'est agi d'enlever le tube, M. Walther s'est rendu compte que le fil qui maintenait le drain à l'aponévrose s'était rompu et c'est ce bout de drain oscillant dans le tissu cellulaire qui serait la cause de cette poche lymphatique. D'où amélioration de la technique et introduction, plus loin sous l'aponévrose, du drain et fixation solide à l'aponévrose. C'est ainsi que, dans le même but, le crin de Florence qui n'a aucune tendance à se résorber et qui est plus solide a remplacé le fil de lin.

3° Enfin il n'est pas impossible que cet accident soit dû à l'excès de soufre que contient le caoutchouc fabriqué pendant la guerre. Sur les conseils du Professeur Pouchet, et pour éviter cet incident, M. Walther fait immerger dans une solution au tiers de lessive de soude pendant quarante-huit heures les tubes qu'il doit mettre en place.

Cette pratique, si elle semble avoir restreint le nombre des abcès lymphatiques ne les a pas totalement supprimés. Depuis que M. Walther et le Professeur Delbet l'emploient il en est encore d'éliminés.

Ne faut-il pas également reprendre l'explication que donnait Handley des phénomènes infectieux qu'il avait observés lors de son opération d'éléphantiasis? La lymphe des éléphantiasis, milieu toujours septique, ne porterait-elle pas en elle-même la cause des éliminations?

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° I (1) (résumée)

(Publiée dans le « Bulletin de la Société de Chirurgie »
1996 à 2294.

Homme âgé de 22 ans. De bonne santé habituelle. N'accuse dans le passé qu'une hydrocèle du côté droit survenue à l'âge de 14 ans (cure radicale, guérison). Ne peut donner d'autre renseignement sur la nature de cet hydrocèle.

A l'âge de 18 ans s'aperçoit d'un gonflement progressif de la racine de la cuisse droite, gonflement qui peu à peu envahit la cuisse toute entière, puis le genou, enfin la jambe et en un an environ, arrive au volume actuel. Depuis quelques mois elle aurait encore augmenté.

Actuellement l'hypertrophie porte sur toute la hauteur du membre inférieur et va en augmentant depuis la racine de la cuisse pour se développer au maximum à la jambe. A la partie inférieure de la jambe un épais bourrelet retombe sur le pied dont la face dorsale est aussi tuméfiée.

A l'aîne on trouve deux cicatrices, l'une à la partie inférieure du triangle de Scarpa, l'autre dans la région iliaque

(1) WALTHER — Bulletin de la Société de Chirurgie — 1916, pages 1691-1996-2294.

1917, pages 126-1652.

droite, ce sont les cicatrices d'une opération pratiquée il y a trois ans par M. Rieffel pour libérer les ganglions. Deux autres cicatrices à la face externe de la cuisse et de la jambe résultent d'incisions profondes faites en 1914 par M. Leguëu.

A la palpation la consistance est variable. Plus molle, plus souple à la racine de la cuisse, la tuméfaction est beaucoup plus ferme à la jambe et surtout au bourrelet malléolaire. La consistance varie aussi très notablement suivant que le malade est resté au lit ou qu'il a marché pendant un certain temps.

Le testicule droit est un peu plus gros que le gauche et douloureux à la palpation, mais le cordon est de volume normal et sans dilatations lymphatiques.

La mensuration donne les résultats suivants :

Après station debout prolongée :

Racine de la cuisse, 64 cm.

Tiers sup. de la jambe, 67 cm.

Tiers moyen, 54 cm.

Après un repos de plusieurs jours au lit :

Racine de la cuisse, 61 cm.

Tiers sup. de la jambe, 54 cm.

Tiers moyen, 52 cm.

Du côté sain, les dimensions sont :

Racine de la cuisse, 47 cm.

Tiers moyen de la jambe, 33 cm.

A la région inguinale les ganglions inguinaux sont notablement plus développés du côté droit que du côté gauche. Il existe une zone douloureuse sur le bord du psoas, mais on ne peut sentir de ganglions iliaques hypertrophiés.

L'examen cystoscopique ne révèle aucune trace de lésion quelconque.

Le rein droit n'est pas augmenté de volume, ni douloureux.

Tous les autres appareils semblent absolument normaux.

L'examen du sang pratiqué à deux reprises a été chaque fois

négalif. Il ne semble donc pas qu'il y ait ici de filariose. D'autre part, l'intégrité du cordon permet de rejeter l'idée que l'hydrocèle opérée à 14 ans, aurait été de nature chyleuse.

Il n'y a jamais eu de lymphangite aiguë de la jambe. Il est donc probable qu'il s'agit ici d'une gêne, d'un obstacle, siégeant aux ganglions de la racine du membre et un peu au-dessus.

Opération le 13 juillet, par le procédé que nous avons précédemment et longuement décrit. M. Walther comptait, s'il avait obtenu une amélioration, introduire encore deux ou trois tubes. Le résultat fut tel qu'il n'eut pas besoin de nouvelle intervention.

Dès le lendemain on notait une diminution de volume qui ne cessait de s'accroître les jours suivants :

Au bout de 8 jours les trois incisions opératoires étaient réunies sans trace de suintement de lymphe.

Le 9 août 1916 la mensuration donne les résultats suivants :

Au tiers moyen de la cuisse, 50 cm. (au lieu de 64).

Au tiers supérieur de la jambe, 38 cm. (au lieu de 67).

Au tiers moyen de la jambe, 25 cm. (au lieu de 54).

Moins d'un mois après l'opération on ne voit plus trace du gros bourrelet qui retombait sur la face dorsale du pied. A sa place une peau flasque, encore épaissie, plissée, ridée, qui dans la position horizontale pend à la face postérieure de la jambe.

M. le Dr Walther a présenté plusieurs fois ce malade à la Société de Chirurgie, pour montrer le résultat qui s'est maintenu excellent.

Deux mois après l'opération on fait régulièrement du massage et des applications de courant continu pour essayer de rendre à la peau sa souplesse. Sous l'influence de ces précieux adjuvants, les plis qui existaient à la face postérieure de la jambe ont presque complètement disparu. La peau est encore flasque dans cette région.

Cependant il persiste un œdème siégeant à la face externe de la cuisse autour du trochanter.

FIGURE I



Observation n° I. — Eléphantiasis. Membre inférieur droit
avant l'opération

FIGURE II



Observation n° I. — Moins d'un mois après l'opération

FIGURE III



Observation n° I. — Radiographié montrant les drains en place

FIGURE IV



Observation n° I. — Jambe de près, 1 mois après l'opération

FIGURE V



Observation n° I. — Deux ans après l'opération.

Le 8 novembre 1916, opération. Mise en place d'un 2^e tube dans les mêmes conditions que le premier allant de la face externe de la cuisse à l'abdomen.

Très rapidement disparition de l'œdème lymphatique péri et sous-trochantérien.

— Un an après, le 18 juillet 1917, M. Walther peut, à nouveau, présenter son malade à la Société de Chirurgie :

La jambe est de volume normal. La cuisse est encore un peu grosse. L'homme a repris son travail.

— Le 6 août 1918. Deux ans se sont écoulés. La jambe et le pied ont repris leur volume et leur aspect normaux. La peau a perdu tout aspect éléphantiasique et a mis un an pour reprendre complètement son élasticité et sa souplesse qu'elle conserve depuis cette époque. L'homme peut faire maintenant dans son usine un travail pénible, debout la plupart du temps.

— Le 12 juillet 1919 cet homme vient voir M. Walther comme il le fait quelquefois. Il se plaint que par suite du travail extrêmement pénible de jour et de nuit qu'il fait, que sa cuisse ait quelque peu augmenté de volume. Nous pratiquons la mensuration qui nous donne les chiffres suivants :

Cuisse (partie moyenne) 55.

Jambe (partie supérieure) 38.

Jambe (partie moyenne), 25.

Ainsi donc une augmentation de volume de 5 cm. par rapport au résultat acquis il y a un an, qui est expliquée par la fatigue subie ces temps derniers.

OBSERVATION n° II (1) (résumée)

Maria A..., 26 ans. Domestique.

Entrée à la Pitié dans le service de M. Walther le 11 novembre 1916, pour un énorme éléphantiasis du membre inférieur gauche.

Il existait, à ce moment, une infection manifeste, une lymphangite due aux ulcérations développées entre les énormes masses éléphantiasiques occupant la face postérieure du membre.

Pour intervenir on dut commencer par obtenir la cicatrisation des ulcérations, ce qui demanda un minimum de six mois. La lymphangite chronique disparaissait en même temps. Il y avait encore, quand on intervint, quelques ulcérations à la face postérieure de la cuisse mais elles étaient en bonne voie de réparation.

Malgré le repos forcé auquel la malade avait été soumise, l'éléphantiasis avait continué à augmenter considérablement de volume.

Opération le 3 juillet 1917, d'après la technique précédemment décrite. Suites opératoires normales.

Rapide diminution de volume du membre.

Le 10 septembre (deux mois environ après l'opération) la mensuration donnait une diminution de 20 cm. environ à la racine de la cuisse, de 8 cm. au genou et de 9 cm. à la partie inférieure de la jambe.

En octobre fut commencé le traitement par le massage, puis l'électrisation. Les énormes bourrelets de la partie postérieure de la cuisse, dégonflés, flasques, offrant l'aspect de poches à moitié vides et formés d'une peau épaisse, ayant encore gardé ses caractères éléphantiasiques pendaient séparés par de très profonds sillons.

(1) WALTHER — Bulletin de la Société de Chirurgie — 1918, page 434 à 439.

FIGURE VI



Observation n° II. — Eléphantiasis infecte, membre gauche,
avant l'opération

FIGURE VII



Observation n° II. — Etat du membre 13 jours après opération

FIGURE VIII



Observation n° II. — 11 mois après

Entre temps, au niveau de la cicatrice abdominale, s'était faite une boursoufflure, puis une petite collection qui avait fini par s'ouvrir, laissant échapper un liquide séreux, clair et plus tard légèrement louche. Une petite fistule s'établit et persiste, si bien qu'on est obligé d'enlever le tube.

Dès le lendemain le membre commence à grossir et à durcir. Il reprend très rapidement ses caractères éléphantiasiques.

Opération le 7 novembre 18. Mise en place d'un nouveau tube. Amélioration rapide et telle que M. Walther hésite à faire l'opération complémentaire, la résection des masses flottantes de la partie postérieure de la cuisse, qui « aujourd'hui sont réduites à de telles proportions qu'il est légitime d'en espérer la régression presque complète ». M. Walther a revu cette malade assez récemment. L'amélioration continue. Cette femme peut faire un travail extrêmement pénible. Elle est bonne à tout faire dans un restaurant.

OBSERVATION n° III

T..., femme M..., 51 ans.

Antécédents héréditaires : rien à retenir.

Antécédents personnels : Danse de St-Guy à l'âge de 13 ans. Plus tard adénopathie cervicale et inguinale. Un de ses beaux-frères qui habite avec elle aurait séjourné à la Guadeloupe. Il n'aurait jamais eu de filariose ni de paludisme. La malade, elle, n'a jamais quitté la France.

Elle a eu trois enfants, vivants et bien portants.

Il y a vingt ans à peu près, dans les jours qui suivirent la naissance de son troisième enfant, elle s'aperçut que son membre inférieur gauche augmentait de volume. Lentement, progressivement, sans aucun symptôme fébrile, le pied fut pris

Le premier. La jambe et la cuisse suivirent très rapidement, si bien que, en moins d'un an, le membre entier aurait à peu près atteint le volume qu'il présente encore aujourd'hui.

Un premier traitement par le massage et l'électricité ne produisit aucune amélioration. La compression pas des bas à varices ne donna pas un meilleur résultat.

Par le repos la jambe diminuerait un peu, mais sans jamais perdre pour cela ses caractères éléphantiasiques.

Les fatigues et la marche l'influenceraient en sens inverse.

A l'examen, le membre inférieur gauche est considérablement augmenté de volume, cylindrique, uniformément œdématisé.

La palpation ne provoque pas de douleur. La pression digitale détermine mal le godet.

La sensibilité est partout normale.

Au pli de l'aîne et des deux côtés, des ganglions inguinaux nettement augmentés de volume, durs, roulant sous le doigt. Les ganglions iliaques ne sont pas perceptibles.

L'examen du sang ne montre pas de filaires.

Les reins fonctionnent bien. Les autres appareils paraissent également normaux.

Le 16 mai 1918, opération. — Emploi de la technique précédemment décrite.

Cicatrisation parfaite en moins de 15 jours. Suites opératoires normales.

Très rapidement après l'opération, amélioration.

Les mensurations pratiquées avant l'opération, un mois et quatre mois après donnent les chiffres suivants :

Membre sain (Droit)	Membre (Gauche) malade	1 mois après opération	4 mois après
Dos du pied.....	24	30	29
Jambe (ext. inf.)...	20	28	25
» (ext. sup.)...	29	34	34
Cuisse (ext. inf.)...	33	44	35
» (ext. sup.)...	55	61	50

Ainsi donc la jambe est redevenue presque normale.

Mais un incident survient. Il se forme au niveau de la cicatrice abdominale une petite tumeur lymphatique qui s'abcède, finit par s'ouvrir, créant ainsi une petite fistule qui laisse échapper un séro-pus. On enlève le drain.

Le 30 novembre 18, réopération. Mise en place d'un nouveau tube parallèle au précédent. Suites opératoires normales. La mensuration pratiquée après cette nouvelle opération permet de se rendre compte que le résultat acquis quatre mois après la première opération, est rapidement obtenu cette fois. On trouve les mêmes chiffres que dans le tableau 4.

OBSERVATION n° IV

Geneviève V..., infirmière, 24 ans.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : de bonne santé habituelle, a toujours vécu en France.

Nous la voyons, lorsqu'elle vient dans le service pour la troisième fois.

Son premier séjour à l'hôpital date du mois de mai 1918. Elle y fut opérée par M. Walther, d'un éléphantiasis du membre inférieur droit.

Cet éléphantiasis s'était développé depuis 1912, sans cause appréciable et sans douleur. En juin 1917, une application malencontreuse de mouches de Milan sur le membre malade, déterminait une lymphangite aiguë. Il lui fallut garder le lit pendant quelque temps et son membre doubla presque de volume. Il devait garder désormais le volume atteint.

A la suite de l'opération subie le 18 mai 1918, une amélioration considérable se produisit. Le mois suivant on put com-

mencer le massage et l'électricité. Elle sortit de l'hôpital dans le courant du mois d'août.

Les mensurations pratiquées avant et après l'opération donnèrent les chiffres suivants :

	Membre sain (Gauche)	Membre malade (Droit)	10 Juin	18 Juillet
Dos du pied.....	20	24	20.5	20
Jambe (part. inf.)..	18	27	23	21
» (part. sup.)..	29	38	32	32
Cuisse (part. inf.)..	32	42	37	37
» (part. sup.)..	47	52	50	50

Mais vers les premiers jours d'octobre, elle remarqua qu'il se formait au niveau de la cicatrice abdominale une petite tumeur liquide, qui bientôt après s'abcéda et se fistulisa. Le 17 octobre on enleva le drain. La petite fistule se ferma très rapidement.

Le 7 novembre réopération. Mise en place d'un autre drain parallèle au précédent. Même technique. Asepsie rigoureuse et cependant au bout de 21 jours, formation d'un abcès au niveau de la nouvelle cicatrice abdominale. On est obligé d'enlever encore une fois le tube.

M. Walther ne réintervient pas tout de suite. Il conseille à la malade de garder le repos pendant quelque temps et de reprendre ensuite ses occupations. Il pensait que la canalisation créée par le drain persisterait peut-être et que l'amélioration observée se maintiendrait. La malade sortit le 13 janvier 1919.

Une semaine ne s'était pas écoulée que le membre recommença à enfler. Il reprit peu à peu ses caractères éléphantiasiques. Le 7 mai 1919 la malade nous revient.

Opération le 9 mai 1919. Mise en place d'un nouveau tube parallèle aux précédents. Trois semaines après on commence le massage et l'électricité. Le mois suivant elle peut sortir très améliorée.

Les mensurations pratiquées avant et après l'opération donnent les chiffres suivants :

	Avant l'opération	le 15 Juin 1 mois après
Cuisse (partie moyenne)....	46	45
Jambe (partie moyenne)....	40	32
Cou de pied.....	24	21

OBSERVATION n° V

Alice F..., 20 ans.

L'affection s'est progressivement développée depuis 1916 sans cause apparente et sans douleur. La malade croit se rappeler que l'augmentation de volume aurait commencé par le pied droit, mais la jambe et la cuisse auraient très rapidement participé au processus.

Elle est née en France et n'a jamais quitté son pays.

Avant 1916 elle n'a eu aucune affection inflammatoire du côté de son membre inférieur.

L'examen de son sang ne montre pas de filaire.

Le 6 décembre 1918, opération. Mise en œuvre du procédé habituel. Mais cette fois, les drains en caoutchouc manquant, on emploie une simple lamelle de caoutchouc de quelques millimètres d'épaisseur, repliée en V pour simuler un tube. — Suites opératoires normales.

Mais il semble que l'amélioration soit moins rapide. De plus quand on permet à la malade de se lever et de marcher, l'œdème se reproduit quelque peu sous l'influence de cette légère fatigue.

Les mensurations pratiquées avant et après l'opération donnent les chiffres suivants :

	Jambe Gauche (saine)	Jambe droite (malade)	le 21 Janvier 1918
Cuisse (part. moy.)....	48	51	49
Jambe (part. moy.)....	35	47	40
Pied (part. moy.).....	25	30	27

La malade sort de l'hôpital, fin janvier.

Elle nous revient cinq mois après. C'est à ce moment que nous la voyons.

Les lames de caoutchouc sont parfaitement supportées, mais le membre supérieur droit est encore volumineux par rapport au gauche. Il faut dire cependant que la peau et le tissu cellulaire de la jambe saine présentent une épaisseur un peu particulière et probablement congénitale.

M. Walther pense cependant qu'avec les drains on pourra obtenir un meilleur résultat. Il propose une deuxième intervention, qui est acceptée. Le 26 mai 19, application d'un tube à côté de la lame de caoutchouc. Sous l'anesthésie, la cuisse étant en demi-flexion, on sent parfaitement la lanière de caoutchouc de la position où elle a été placée (en V). — Suites opératoires normales. Tolérance absolue.

Les mensurations pratiquées avant et après l'opération donnent les chiffres suivants :

	Avant l'opération	le 29-6-18.
Cuisse (partie sup.).....	55	54
» (part. inf.).....	40	40
Jambe (part. sup.).....	38	36
» (part. inf.).....	28	26
Pied (part. moyenne).....	34	24

Ici le résultat est nettement moins bon que dans les cas précédents. Peut-être faut-il incriminer l'épaisseur congénitale des tissus.

La malade sort fin juin.

Elle nous a envoyé de ses nouvelles le 25 septembre 19. Elle prétend que sa jambe aurait beaucoup diminué depuis que nous ne l'avons pas revue. Elle continue à porter, comme on le lui a conseillé, une bande Velpeau, roulée de la pointe du pied à la racine du membre pour faire une compression douce et continue.

OBSERVATION n° VI

M..., fille B..., 41 ans.

A 20 ans, adénite axillaire double, opérée successivement de chaque côté. — Adénite cervicale à plusieurs reprises, à peu près à la même époque. Ni lymphangite, ni phlébite des membres inférieurs. Pas d'adénite inguinale.

Début en 1911 sans cause apparente pour augmentation de volume progressive du membre inférieur gauche. A peu près en même temps vives douleurs lombaires, mais elle se rappelle avoir eu des urines parfaitement claires.

En 1916 le membre qui était déjà gros subit une nouvelle augmentation de volume manifeste, coïncidant avec une grossesse survenue à ce moment-là. Cependant accouchement et suites de couche normales.

Entre à la Pitié le 15 février 1919. On constate une augmentation de volume de tout le membre inférieur gauche. Le tissu cellulaire sous-cutané est distendu par un œdème considérable et la peau elle-même très épaissie. La jambe est cylindrique en « pilon » avec un rétrécissement brusque, un sillon profond au niveau des malléoles péronières. La cuisse gauche tout en étant plus grosse que la cuisse droite, n'est pas déformée. Le pied est très épaissi surtout au niveau de sa face dorsale.

Il n'y a de ganglions perceptibles ni au pli de l'aîne, ni au creux poplité, ni à la région iliaque.

Opération le 21 février 19. Technique habituelle. Suites opératoires normales.

Les mensurations pratiquées avant et après l'opération donnent les chiffres suivants :

	Jamb. Droite (saine)	Jambe Gauche (malade)	24 Mars 19.
Jambe (part. moy.)....	26	48	43
Cuisse (tiers inférieur)..	43	57	52
» (part. inf.).....	21	28	24

OBSERVATION n° VII

Lucie J..., 28 ans, domestique.

A. P. Hernie inguinale droite opérée à l'âge de 7 ans. Appendicite opérée en 1911. Aucune affection inflammatoire des membres inférieurs. Jamais d'adénite dans son enfance.

Début en février 1917 par enflure de la cheville qui ne cède pas au repos. En mai le mollet augmente de volume assez brusquement. On pense à une phlébite et on la condamne au lit pendant six semaines. A partir de ce moment et malgré le repos son membre inférieur enfle progressivement. Elle ne souffre pas. Elle éprouve seulement le soir après les fatigues de la journée une sensation de lourdeur et de gêne.

Entre à la Pitié le 20 février 1919.

Le membre inférieur droit est augmenté de volume dans toute son étendue. Il n'est pas trop déformé. La peau est épaissie, donnant à la jambe l'aspect de la peau d'orange.

Pas de ganglions poplités, inguinaux, ni de ganglions iliaques. Opération le 21 février 1919. Technique habituelle. Suites opératoires normales.

Les mensurations pratiquées avant et après l'opération donnent les chiffres suivants :

	Jambe Droite (malade)	Jambe Gauche (saine)	1 ^{er} Avril 1919
Jambe (part. inf.)....	22.5	20.5	21
» (part. sup.)...	33.5	30.5	31
Cuisse (tiers inf.).....	51	44	48

Sort de l'hôpital dans le courant d'avril considérablement améliorée.

OBSERVATION n° VIII

Fra..., 19 ans.

Entre à la Pitié le 9 avril 1919 dans le service de M. le Dr Vaquez pour un éléphantiasis double des membres inférieurs. L'affection s'est chez elle progressivement développée depuis huit ans, sans cause appréciable. Elle affirme n'avoir jamais eu ni adénite, ni lymphagite des membres inférieurs. On note chez elle une perforation congénitale de la voûte palatine qui présente en même temps l'aspect ogival. Dents crénelées, mal plantées. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée à deux reprises différentes est négative.

Son père serait mort de méningite, dont on ignore l'origine.

C'est vers l'âge de 12 ans qu'elle s'est aperçue d'un gonflement progressif, régulier, mais complètement apyrétique de ses deux pieds. Bientôt la jambe est prise, puis, à son tour, la cuisse. En trois ans à peu près les deux membres ont atteint le volume qu'ils présentent encore aujourd'hui.

Actuellement on constate que le membre inférieur droit est plus volumineux que le gauche. Le pied, la jambe, la cuisse sont atteints, mais à des degrés divers.

Au pied l'œdème est surtout marqué à la face dorsale où il forme un dôme lisse, tendu, luisant, gardant mal l'empreinte digitale. La région plantaire est au contraire respectée.

A la jambe et à la face postérieure de la cuisse la peau très infiltrée, très épaissie, a pris un aspect particulier rappelant la « peau d'orange ».

Des sillons plus ou moins profonds dépriment la peau là où le tissu cellulaire est dense, surtout au niveau des plis, des des jointures. Le pli du jarret est très accusé.

A la face postérieure de la cuisse deux épais bourrelets saillants pendent sur la cuisse.

D'une manière générale ces lésions sont plus accentuées à droite qu'à gauche.

La sensibilité des téguments est normale,

La palpation révèle que les ganglions inguinaux sont légèrement hypertrophiés des deux côtés, mais indolents.

La malade accuse seulement une sensation de pesanteur anormale à peu près constante.

Il semble que l'œdème diminuerait par le repos, mais les membres ne perdent pas pour cela leur caractère éléphantiasique typique. Quoique la malade soit restée un mois au lit avant d'être opérée, il n'y a jamais eu d'amélioration durable.

Il suffisait de quelques heures de marche pour que le gonflement se reproduise.

On constate au niveau des deux grandes lèvres des varices lymphatiques assez volumineuses.

La mensuration pratiquée avant l'opération donne les chiffres suivants :

	Membre inférieur droit	Membre inférieur gauche
Cuisse (part. sup. à 10 cm. du pli inguinal)	68	55
» (partie inf. à 10 cm. au-dessus de		
art. du genou).....	62	52
Jambe (part. sup. à 10 cm. au-dessous de		
art. du genou).....	49	44
» (part. inf. à 10 cm. au-dessus		
cou de pied).....	36	32
Pied (partie moyenne).....	30	29

Le 26 mai 19, opération, pour le membre droit seulement. Technique habituelle.

Après incision de la peau on aperçoit dans le tissu cellulaire sous-cutané de véritables lacs lymphatiques très dilatés, laissant échapper spontanément une sérosité, abondante, claire, et qui semble sorti, à plein canal des vaisseaux dilatés. On aperçoit ces vaisseaux sous forme de gros conduits à parois très minces, translucides, du volume d'une plume de corbeau. Ces lésions paraissent en rapport avec un véritable lymphadénome congénital.

FIGURE IX



Observation n° III. — Malade avant l'opération

FIGURE X



Observation n° VIII. — Photographie prise le 2 octobre 1919

Huit jours après l'opération, le membre a diminué considérablement.

Les mensurations pratiquées 15 jours et 2 mois après donnent les chiffres suivants :

		le 29-7-19.
Cuisse (part. sup.).....	60	53
» (part. inf.).....	51	43
Jambe (part. sup.).....	38	34
» (part. inf.).....	30	26
Pied (part. moy.).....	25	24

Un mois après l'opération massage et compression par une bande Velpeau.

Ainsi donc une amélioration de plus de quinze centimètres en certains endroits.

Le 18 juillet 19. Opération pour la jambe gauche. Même technique que précédemment. On rencontre les mêmes lacs lymphatiques qu'à droite, mais un peu moins développés. Dans les jours mêmes qui suivent l'opération le membre dégonfle.

Un mois après on met en œuvre le massage et l'électricité.

Le 9 septembre la mensuration donne les chiffres suivants pour la jambe gauche.

Cuisse (part. sup.).....	49
» (part. inf.).....	40
Jambe (par. sup.).....	39
» (part. inf.).....	33
Pied (par. moy.)	25

Mais un incident survient. Au niveau de la cicatrice abdominale droite se forme une petite tumeur liquide, qui finit par s'ouvrir et se fistuliser. Il en sort une sorte de séro-pus. On est obligé d'enlever le tube.

Malgré cela, le membre droit n'augmente pas de volume. Il est vrai de dire que la malade est au repos complet.

OBSERVATION n° IX

Blanche R..., 28 ans. Fleuriste.

Il semble, ici, qu'il y ait eu un début fébrile.

Vers l'âge de 12 ans, sans cause apparente, elle est prise de douleurs violentes dans la jambe gauche, accompagnées de fièvre et de vomissements. On diagnostique une phlébite et on la condamne au lit pendant plusieurs semaines. Les phénomènes aigus du début disparaissent rapidement, mais le membre qui a augmenté de volume, ne reprend pas son aspect normal. Cette augmentation de volume s'accroît pendant les mois qui suivent. Au bout d'un an l'éléphantiasis est constitué et atteint le volume qu'il présente encore aujourd'hui. Elle essaya différents traitements (massage, électricité, air chaud). Aucun ne réussit.

Nous la voyons le 6 juillet 1919.

Nous constatons un éléphantiasis classique du membre inférieur gauche, donnant au membre une forme cylindrique « en pilon ».

La sensibilité des téguments est conservée.

Les ganglions inguinaux superficiels ne semblent pas augmentés de volume. Les ganglions iliaques ne sont pas perceptibles.

Les urines sont normales.

L'examen du sang, au point de vue filaire, n'a pas été fait, mais la malade n'a jamais quitté la France.

Le 18 juillet 19. Opération. Technique habituelle. Suites opératoires normales : Amélioration.

Les mesurations pratiquées avant, 1 mois et 2 mois après l'opération donnent les chiffres suivants :

	Membre Gauche (malade)	Membre Droit (sain)	5 Août 19	7 sept. 19.
Cuisse (part. sup.)...	67	45	49	49
» (part. inf.)...	57	33	47	42
Jambe (part. sup.)...	46	23	40	32
» (part. inf.)...	40	18	30	28
Pied (part. moy.)...	24	20	24	22

Toutes les opérations que nous avons rapportées jusqu'ici sont de M. le D^r Walther.

Nous allons maintenant donner celles qui ont été faites par M. le Professeur Delbet.

La technique en est quelque peu modifiée. C'est ainsi que le Professeur Delbet se sert de tubes multiperforés. Qu'il les enfouit dans le segment du membre paraissant le plus atteint. Les tubes sont beaucoup plus longs que ceux employés par M. le D^r Walther.

OBSERVATION n° X

Joseph W..., 58 ans, journalier.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : à 15 ans fracture du cou de pied consolidée vicieusement. A 38 ans, tumeur blanche du genou droit. Varices du membre inférieur gauche opérées en 1911. (Résection de la saphène interne).

Histoire de la maladie — Il y a 18 ans environ s'est aperçu que son membre inférieur gauche augmentait de volume. Silencieusement, en moins de six mois, le membre atteint à peu près le volume qu'il garde encore aujourd'hui et présente déjà les caractères suivants :

Oedème occupant la totalité du membre inférieur gauche et remontant jusqu'au pli de l'aîne. Le pli du jarret est très accusé. A la partie inférieure de la jambe un énorme bourrelet recouvre de sa saillie l'articulation du cou de pied. La peau est épaissie, rugueuse, le tissu cellulaire sous-cutané infiltré.

Les ganglions inguinaux ne semblent pas hypertrophiés. Il en est de même des ganglions iliaques.

Le rein est normal.

Les autres appareils semblent également normaux.

L'examen du sang ne montre pas de filaires.

Les ganglions du pli de l'aîne sont sensiblement hypertrophiés à droite.

Opération le 26 juin 18. Mise en place, par M. le Professeur Delbet, de drains multiposés allant de la malléole externe jusqu'au-dessus du grand trochanter. Le passage du drain se fait grâce à 6 petites incisions. Amputation du gros orteil.

Le 30 juin on note une légère tuméfaction de la région du grand trochanter. Cependant le membre a sensiblement diminué de volume.

Dans les premiers jours de juillet du pus s'échappe par toutes les incisions, on est obligé d'enlever le drain le 17 juillet. Il a 82 cm. de long.

Le malade sort un peu amélioré. Il n'est pas remis de nouveau tube. Malheureusement les mensurations faites à ce moment, se sont perdues.

Le 28 septembre 19, le malade répond à une convocation que nous lui avons envoyée. Il se prétend, malgré tout, un peu amélioré. La mensuration donne les chiffres suivants :

	Membre Gauche (sain)	Membre Droit (malade).
Cuisse.....	49	49
Mollet.....	37	44
Pied.....	27	27

OBSERVATION n° XII

Sophie L..., 40 ans, cuisinière.

Rien d'intéressant du côté des antécédents héréditaires.

Femme de bonne santé habituelle qui n'a pour ainsi dire jamais été malade.

Il y a 10 ans environ qu'elle s'est aperçue que sa jambe gauche enflait. Elle attribua d'abord ce trouble à des varices, d'autant plus qu'elle ne souffrait pas et que cet œdème ne la gê-

nait en rien. Mais en moins de neuf mois l'infirmité actuelle était constituée et la jambe présentait déjà à ce moment le volume qu'elle présente encore aujourd'hui.

Pas d'adénite inguinale, ni iliaque.

Jamais de lymphangite, ni de phlébite.

Elle n'a, non plus, jamais quitté la France.

La mensuration pratiquée à ce moment, donne les chiffres suivants :

	Membre Gauche (malade)	Jambe droite (saine)
Pied, partie moyenne.....	24	
Jambe à 15 cm. au-des. de la malléole externe	35	
Cuisse à 15 cm. au-dessus du condyle externe.	44	42
» à 24 cm. »	47	46

Opérée le 25 décembre par M. le Professeur Delbet. Mise en place à l'aide de petites incisions et d'une longue pièce à panséments d'un long drain multiperforé allant de la malléole externe à la fosse iliaque externe. Six incisions suturées immédiatement.

Le 6 janvier. Mensuration.

Pied partie moyenne.....	24
Jambe, partie moyenne.....	33
Cuisse, partie moyenne.....	44
» partie moyenne.....	47

Donc, ici, très faible amélioration. Sort le 6 janvier 19.

OBSERVATION n° XIII

Henri P..., 54 ans, horloger.

Eléphantiasis des deux jambes, s'étant constitué petit à petit, sans douleur et sans phénomènes aigus.

A 14 ans, entorse de la cheville droite ; c'est à ce moment qu'il s'aperçoit que sa jambe droite commence à augmenter de volume. Deux ans après l'autre jambe se prend à son tour et atteint assez rapidement le volume de la première.

En un mot, éléphantiasis typique des deux jambes.

Pas de ganglions inguinaux, ni iliaques.

N'a jamais quitté la France.

Opéré le 4 avril 19.

A gauche en dedans et en dehors du membre on place deux tubes multiperforés dont l'un va de la malléole à la partie moyenne de la jambe ; on l'engage sous l'aponévrose. Dont l'autre, partant de ce point monte jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et à son extrémité supérieure engagée pareillement sous l'aponévrose.

A droite deux drains externe et interne allant de la malléole au tiers inférieur de la cuisse.

Il sort très amélioré le 23 mai 19.

Nous avons revu le malade le 28 septembre 19. Les mensurations faites avant son opération se sont perdues. Celles que nous avons pu faire ce jour-là, ne donneraient donc pas d'indication sur l'amélioration obtenue. Au dire du malade cette amélioration porterait surtout sur les cuisses et en particulier sur la cuisse droite, presque normale aujourd'hui.

OBSERVATION n° XIV

Charles G..., 24 ans, étudiant.

Père et mère morts de filariose à la Guadeloupe.

Deux frères et une sœur filariens.

Originaire de la Guadeloupe.

Nombreux accès de filariose dans son passé. Toujours accompagnés de lymphangite de la jambe gauche. Les accès se ré-

pètent assez régulièrement tous les mois, chaque fois, la jambe participe au processus et augmente graduellement de volume. Peu à peu un éléphantiasis typique est constitué. Vient, en France il y a un an. Les accès de filariose cessent mais l'éléphantiasis ne rétrocede pas.

L'œdème occupe la cuisse et la jambe surtout, il respecte presque complètement le pied. La peau est lisse, elle ne présente ni rougeurs, ni traînées de lymphangite.

L'examen du sang pratiqué la veille de l'opération montre des filaires.

Reins normaux. Pas de chylurie.

Foie un peu gros. Râle perceptible.

Opération le 9 mai 19. Mise en place de deux tubes de caoutchouc multiperforés allant de la région sus-malléolaire jusques au-dessus du genou. Le tube interne est placé très en arrière pour éviter la veine saphène. Chaque opération nécessite quatre incisions.

Hydrocèle non chyleuse à droite. Cure radicale par retournement de la vaginale.

De plus, comme la peau des bourses est un peu cedématiée, mise en place d'un drain multiperforé dont le bout supérieur est enfoncé sous l'aponévrose du Grand oblique au-dessus et en dehors de l'anneau inguinal.

Quelques jours après l'opération le mollet qui était dur et tendu devient souple, mou, ballant. Le membre a diminué manifestement de volume.

Le malade quitte l'hôpital le 8 juin 19 très amélioré.

Malheureusement les mensurations se sont perdues.

Nous n'avons pas pu revoir ce malade, ni avoir de ses nouvelles.

CONCLUSIONS

Les résultats obtenus jusqu'ici sont encore trop récents pour nous permettre de formuler une opinion définitive sur le nouveau procédé de traitement appliqué aux éléphantiasis par M. le docteur Walther. Nos quatorze observations concordantes nous autorisent cependant à formuler, dès à présent, les conclusions suivantes :

1° Le drainage sous-cutané par les tubes de caoutchouc perdus dans l'intérieur des tissus donne une amélioration immédiate par rétablissement de la circulation lymphatique.

2° La technique, telle qu'elle a été réglée par M. le D^r Walther, fait de cette opération un procédé simple et bien au point.

3° Après l'opération, le massage, la compression très douce par une bande de crêpon et l'électricité sont de précieux adjuvants et même le complément nécessaire du traitement chirurgical.

4° Des incidents post-opératoires, un seul est à retenir : l'élimination des tubes. Il est probable qu'avec

une meilleure préparation du caoutchouc on arrivera à l'éviter tout à fait. Dès qu'un tube est éliminé on peut et on doit en remettre un autre. Cet incident est donc loin de constituer l'échec de la méthode. Dès maintenant on peut dire qu'il ne doit pas faire hésiter à pratiquer une opération d'où les malades peuvent tirer d'immenses bénéfices.

Vu le Doyen,

ROGER,

Vu le président,

DELBET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

POINCARÉ.
